

Профилактика отека верхней конечности после радикальной мастэктомии

А.М. Саакян, А.Р. Акунц, Г.С. Асилбекян

Отделение общей хирургии МЦ Канакер-Зейтун, кафедра онкологии ЕрГМУ

Ключевые слова: рак молочной железы, хирургическое лечение, отек верхней конечности, детралекс

Վերին վերջույթի այտուցի կանխարգելումը արմատական մաստէկտոմիայից հետո

Ա.Մ. Սահակյան, Ա.Ռ. Ակունց, Գ.Ս. Ասիլբեկյան

Ուսումնասիրվել է վերին վերջույթի այտուցի կանխարգելման հնարավորությունը կրծքագեղձի քաղցկեղի վիրահատական բուժումից հետո, երբ կատարվում է անոթափոսի ավշային հանգույցների հեռացում: Նրա հաճախականությունը կազմում է 43,3%, իսկ նպաստող գործոններն են հանդիսանում հիվանդների քաշը՝ 61 կգ ավելի, ուռուցքի չափերը՝ 3 սմ և ավելի, լիմֆոռազիայի տևողությունը, ադյուվանդ քիմիոթերապիայի 3 և ավելի կուրսերի կատարումը, անոթափոսի ավշի կուտակումների պունկցիոն հեռացումը: **Դետրալեքս** դեղամիջոցի օգտագործումը 500մգ-ից օրը 2 անգամ և վիրահատական միջամտությունից 3-4 օր անց 4 ամիսների ընթացքում բոլոր տվեց իջեցնել վերին վերջույթի այտուցների հաճախականությունը մինչև 18,2%, ինչը խիստ կարևոր է հիվանդների կյանքի որակի լավացման համար:

Prevention of thoracic limb edema after radical mastectomy

A.M. Sahakyan, A.R. Akunts, G.S. Asilbekyan

The possibility of prevention of thoracic limb edema after the surgical treatment of breast cancer with dissection of axillary lymph nodes has been studied. Its frequency is 43%. The conducting factors are body weight of patients more than 61 kg, size of the tumour being 3 cm and more, prolonged lymphorrhagia, 3 and more courses of adjuvant chemotherapy, paracentetic method of lymph evacuation from axillary space. The use of **Detralex** in the dose of 500 mg during 4 months, beginning from the 3rd or 4th day after surgery, made it possible to decrease the percentage of frequency of thoracic limb edema up to 18,2%, which is considered to be a great achievement in improving patient's life quality.

Хирургическое лечение рака молочной железы (РМЖ) в 10-38% случаев осложняется отеком верхней конечности со стороны операции (ОВК) [1,3]. Они развиваются в различных отделах конечности в течение года после вмешательства и связаны с сопровождающей операцией подмышечной и подключичной диссекцией регионарных лимфатических узлов. Вначале ОВК имеет преходящий характер, появляется после нагрузок на конечность, затем становится постоянным с тенденцией к нарастанию, как по длиннику, так и по объему. Они ухудшают качество жизни больных, нередко приводя к стойкой инвалидности [2,6]. Для профилактики осложнения в последние годы разработана методика дифференциального подхода к диссекции узлов в зависимости от состояния пограничного лимфатического узла [4,5]. Однако при метастатическом РМЖ

обширная лимфодиссекция безальтернативна как для точного стадирования процесса, так и обеспечения адекватности вмешательства. Поэтому проблема профилактики ОВК остается актуальной, что диктует необходимость дальнейших поисков. В частности, сообщается о снижении объема отеков после применения препарата Daflon у больных с ОВК после радикальной мастэктомии (Pecking A, Rambert P, 1999).

В представленной работе изучена возможность препарата **Детралекс** (Daflon) предотвратить развитие отеков после хирургического лечения РМЖ, с диссекцией регионарных лимфатических узлов. Анализированы 97 больных с IIВ-IIIВ стадией, оперированных в 2000-2006 годах. У всех применялось комбинированное лечение, с неoadъювантной химиотерапией (19 больных), предоперационной

лучевой терапией (7), адъювантной химиотерапией (82) и послеоперационной лучевой терапией (13). Двое больных после неоадъювантной химиотерапии от адъювантных курсов лечения отказались. Лучевая терапия как в пред-, так и в послеоперационном режимах проводилась по методике мелкого фракци-

онирования с подведением дозы в 40-44 Гр. Проблема изучалась сопоставлением двух групп: основная – 53 больных, получавших препарат *детралекс* по 500 мг 2 раза в день, с 3-4 суток после операции в течение 4 месяцев; контрольная – 42 больных без такой терапии.

Таблица 1

Факторы, влияющие на частоту отеков конечности

Факторы	К-во оперированных	Больные с ОВК	M+m	P
Всего	97	42	43,3+5,0%	
1. Вес:				
- до 60 кг	11	1	7,5+3,6%	P<0,04
- 61 кг и более	86	41	47,7+5,3%	
2. Размеры опухоли:				
- до 3 см	18	3	16,7+8,8%	P<0,05
- 3 см и более	79	39	49,4+5,6%	
3. Лимфоррея:				
- не имела	12	1	8,3+8,3%	P<0,01
- имела	85	41	48,2+5,4%	
4. Адъювантная химиотерапия:				
- без или до 2 курсов	18	4	22,2+9,7%	P<0,05
- 3 и более курса	79	38	48,1+5,6%	
5. Препарат <i>детралекс</i> :				
- не применяли	53	34	64,2+6,6%	P<0,01
- применяли	44	8	18,2+5,8%	
Метод отвода лимфы:				
- пункции	60	37	61,7+6,3%	P<0,01
- дренаж	37	5	13,5+5,6%	

ОВК отмечены у 42 больных (43,3%, табл. 1) в сроки до 6 месяцев после операции: на плече у 28, предплечье – у 7, кисти – у 4, всей конечности – у 3. В большинстве случаев (35 наблюдений) они были преходящими и больные связывали их с определенными физическими нагрузками. Факторами, достоверно влияющими на частоту ОВК, являлись вес больных, размеры опухоли, лимфоррея, адъювантные курсы химиотерапии и их количество, применение детралекса и методика отвода лимфы. Достоверно низкий показатель отеков отмечался при весе больного до 60 кг, размерах опухоли до 3 см, отсутствии лимфор-

реи, не проведении или только один курс адъювантной химиотерапии, применении препарата детралекс, отводе лимфы из подмышки длительным дренированием (7,5%+3,6%, P<0,01; 16,7+8,8%, P<0,01; 8,3+8,3%, P<0,01; 22,2+9,7%, P<0,05; 18,2+5,8%, P<0,01; 13,5+5,6%, P<0,01 соответственно). Характерны данные относительно частоты ОВК в зависимости от соотношения массы тела к росту больных: если при весе 61 кг или более и росте до 160 см отеки отмечались у 51,5% больных, то при весе до 60 кг и росте 161 см или более они отсутствовали (0%,). Неблагоприятен показатель индекса массы тела 22 и более.

Таблица 2

Влияние неблагоприятных факторов на частоту ОВК в сравниваемых группах

Неблагоприятные факторы	Основная группа		Контрольная группа	
	К-во б-ых	M+m	К-во б-ых	M+m
- вес больных >61 кг	38	8 21,1+ 6,0%	48	33 68,8+6,7%
- размеры опухоли >3 см	32	8 25,0+7,6%	47	31 66,0+6,9%
- лимфорея >2 недель	41	8 19,5+6,2%	44	33 75,0+6,5%
- адьювантная ХТ >2 курсов	34	7 20,6+6,9%	45	31 68,9+6,9%
- отвод лимфы пункцией	12	5 41,7+14,8%	48	32 66,7+6,8%

Для определения возможностей **детралекса** в профилактике ОВК в основной и контрольной группах сопоставлены количество отеков при неблагоприятных факторах (табл. 2). Почти при всех значимо влияющих на частоту осложнения факторах применение препарата достоверно снижало частоту развития отеков. Так при весе больных 61 кг и более они встречались лишь у 21,1+6,0% по сравнению с 68,8+6,7% в контроле ($P<0,01$), при опухолях более 3 см соответственно 25,0+7,6% против 66,0+6,9% ($P<0,03$), лимфорее в течение 2 и более недель у 19,5+6,2% против 75,0+6,5% ($P<0,01$), 2 и более курсах адьювантной химиотерапии – у 20,6+6,9% против 68,9+6,9% ($P<0,01$). Статистически достоверной разницы не выявлено лишь в группе с эвакуацией лимфы из подмышечной области пункциями (41,7+14,8% против 66,7+6,8%; $P>0,05$), что, вероятно, связано с небольшим числом этих больных в исследуемой группе (12 наблюдений). В то же время методику длительного дренирования подмышечной области (до 2-3 недель) считаем эффективной, так как она позволяет снизить частоту ОВК, отказаться от многочисленных пункций, укоротить в среднем на неделю длительность лимфорреи, не увеличивая опасность воспалительных осложнений. Отметим также, что больными препарат **детралекс** переносился хорошо и лишь в одном случае через 2 недели больная отказалась от его приема, из-за появления болей в эпигастрии.

Таким образом, наш опыт длительного (4 месяца) применения **детралекса** (по 500 мг 2 раза в день) у больных РМЖ, на 3-4-е сутки после хирургического вмешательства с дис-

секцией регионарного лимфатического аппарата выявил достоверное снижение уровня ОВК с 64,2% до 18,2% ($p<0,01$). Благоприятное воздействие препарата выявляется при всех статистически значимых для развития осложнения факторах. При наблюдении за больными в течение 2 лет увеличение количества ОВК не наблюдалось. Учитывая полученные функциональные результаты лечения, рекомендуем использовать препарат **детралекс** для профилактики ОВК и улучшения качества жизни больных после хирургического лечения РМЖ.

Литература

1. Brorson H. Liposuction in arm lymphedema treatment, Scand. J. Surg., 2003, Vol.92, 4, p. 287-295.
2. Imoto S.h., Ebihara S., Moriyama N. Is sentinel node biopsy practical: benefits and limitations JMAJ, Jap. Med. Assoc. J., 2002, Vol.45, 10, p. 444-448.
3. Kopanski Z., Wojewoda T., Wojewoda A. et al. Influence of some anthropometric parameters of the risk of development of distal, Amer. J. Hum. Biol., 2003, Vol. 15, 3, p. 433-439.
4. Mariani G., Erba P., Villa G. et al Lymphoscintigraphic and intraoperative detection of the sentinel lymph node in breast, J. Surg. Oncol., 2004, Vol.85, 3, P.112-122.
5. Reintgen D., Giuliano R., Cox C.E. Sentinel Node Biopsy in Breast Cancer: An Overview [Record Supplied By Publisher] 2000 Oct; 6(5):299-305 Moffitt Cancer Center, Department of Surgery, University of South Florida, Tampa, Florida.
6. Takei H., Suemasu K., Kurosumi M. et al. Sentinel lymph node biopsy without axillary dissection after an intraoperative negative, Selec. Pap. Saitama, 2002, Vol.24, p. 205-209.